

ASIAKASREKISTERI- JA TILIASIAKKUUSSOPIMUS

Sopimus asiakkaan tietojen tallentamisesta

Asiakkaan nimi: _____

Henkilötunnus: _____

Osoite: _____ Postinumero: _____

Puhelinnumero: _____

Valitse toinen seuraavista vaihtoehdoista:

Suoramaksu (lisäksi suoramaksusopimus on tehty asiakkaan **omassa pankissa**)

Minulle ei tarvitse erikseen lähettää suoramaksulaskun yhteenvetoa

eLasku

Ei lääkevaihtoa FIMEA:n luettelon mukaisesti halvempiin valmisteisiin: _____

Laskutustiedot (täytetään, jos laskutusosoite eri kuin asiakkaan osoite)

Laskun saajan nimi: _____

osoite: _____ postinumero: _____

puhelinnumero: _____

Tämän sopimuksen perusteella yllä mainitun asiakkaan tiedot (=perustiedot) tallennetaan Haapaveden apteekin asiakas- ja/tai laskutusrekistereihin. Sopimus on voimassa toistaiseksi. Tällä sopimuksella asiakas myös antaa Haapaveden apteekille toistaiseksi voimassa olevan luvan tarkistaa häntä koskevat suorakorvaustiedot KELA:n kyselypalvelun kautta. Ostotiedot tallentuvat asiakasrekisteriin automaattisesti jokaisesta ostotapahtumasta. Asiakkaan ostotiedot poistuvat rekisteristä 13 kuukauden jälkeen, ellei asiakasrekisteriin ole tämän ajan kuluessa tallentunut ostotietoja. Tällöin myös laskutussopimus raukeaa. Asiakas voi irtisanoa sopimuksen kirjallisesti haluamanaan ajankohtana. Asiakkaan tietoja säilytetään korkeintaan kolmen vuoden ajan sopimuksen päättymisestä. Asiakkaalla on oikeus tarkistaa itseään koskevat rekisteritiedot kerran vuodessa veloitusetta. Rekistereihin tallennettuja tietoja käytetään laskutukseen, KELA-korvausten käsittelyyn sekä lääketurvallisuuden ja -informaation varmistamiseen. Tietoja rekisteristä luovutetaan ainoastaan asiakkaalle itselleen tai hänen kirjallisesti valtuuttamalleen henkilölle. Rekisterin ylläpitoa säätelee yleinen tietosuojasetus.

Lasku (jos laskutapa valittu) lähetetään asiakkaalle tai hänen edustajalleen kerran kuukaudessa tai pyydettyäessä. Maksuaika n 14 vuorokautta. Viivästyskorko on kaupan yleinen viivästyskorko.

Tiliasiakkuuden hoidosta peritään erillisen hinnaston mukainen laskutuslisä.

Olen lukenut yllä olevan sopimuksen ja hyväksyn sen. Sitoudun ilmoittamaan tietoihini tulevat muutokset Haapaveden apteekkiin (muutokset tulevat voimaan, kun ne on ilmoitettu Haapaveden apteekkiin).

Paikka ja aika: _____ **Allekirjoitus:** _____



Haapaveden apteekki / Hanna Halonen